

Intégration des services de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA : Réflexions sur le personnel de santé

Crystal Ng, Sara Pacqué-Margolis, Kathi Kotellos, et Stephanie Brantley, IntraHealth International

Un des sept principes essentiels de l'Initiative du gouvernement américain en faveur de la santé mondiale consiste à exercer un impact accru à travers des efforts de coordination et d'intégration stratégiques (Gouvernement américain, 2011). Par conséquent, les gouvernements et la communauté internationale sont de plus en plus attentifs à l'évaluation des composantes des systèmes de santé en tant que variables au sein des approches d'intégration. Cependant, la plupart des évaluations des modèles d'intégration des services ont pratiquement ignoré le rôle joué par les prestataires de soins dans l'introduction d'une prestation de services intégrés et dans les résultats que celle-ci engendre. Ce résumé technique évalue un ensemble de données probantes relatives à la manière dont les agents de santé prennent part à l'intégration des services de planification familiale (PF) et de lutte contre le VIH et livre quelques réflexions essentielles sur le personnel de santé impliqué dans ce processus, peu importe le modèle d'intégration choisi.

Nous avons, dans un premier temps, entrepris une étude documentaire dans le but d'analyser les données disponibles concernant les effets de l'intégration de services PF et de lutte contre le VIH sur le personnel de santé. Alors que le nombre d'articles soumis à un examen critique dans ce domaine demeure peu élevé, certaines publications-clés ont été approuvées par le Groupe Cochrane sur le VIH/SIDA (Kennedy et al., 2011) et par Church et Mayhew (2009). Parmi les documents non-publiés figurent également des articles et des rapports émanant d'organisations non-gouvernementales (ONG) mettant en place des initiatives de ce type, ainsi que des résumés et des présentations issus de conférences internationales ayant eu lieu en 2011 sur le thème de la PF et de la lutte contre le VIH/SIDA. Dans la mesure où bon nombre d'articles décrivent des programmes mis en œuvre par des ONG, cet axe de recherche reflète les types d'établissements et/ou de services avec lesquels celles-ci ont collaboré. Aucun des articles soumis à un comité de lecture n'a évalué si l'intégration de la PF dans les services de lutte contre le VIH ou l'approche inverse était la plus efficace.

Composition des effectifs sanitaires

Bien que nous ne disposions que d'informations très limitées concernant les nombres, les types et la répartition des prestataires de soins avant et après l'intégration des services PF/VIH, *la pénurie de personnel perçue ou réelle* est fréquemment citée comme un défi face aux efforts d'intégration (Church et Mayhew, 2009 ; Gitau et al., 2011 ; Hoke et al., 2011 ; Nielsen-Bobbit et al., 2011 ; Awadhi et al., 2011 ; Gilmer et Baughan, 2010). Church et Mayhew (2009, 178) ont souligné « l'importance pour le personnel de disposer de temps avant le début de l'intégration pour que l'ajout des nouveaux services soit rentable et génère une productivité accrue. » Une étude concernant l'intégration des services PF/VIH menée par Family Health International (FHI) auprès de cinq pays a démontré que « jusqu'à deux tiers des prestataires avaient du "temps libre" durant la journée, indiquant ainsi que la charge de travail existante n'empêche pas d'offrir des services supplémentaires » (FHI, 2010a, 2).

La délégation des tâches (également connue comme la redistribution des compétences) consiste à changer le domaine de pratique d'un prestataire de soins et/ou à affecter une responsabilité pour des tâches spécifiques à des agents de santé ayant suivi une formation plus courte et étant moins qualifiés, le cas



échéant. À l'heure actuelle, au Kenya, « les infirmiers dispensent fréquemment des ARV et sont habilités à insérer des dispositifs intra-utérins (DIU) et des implants contraceptifs. Certains responsables cliniques sont également en mesure de pratiquer la ligature des trompes chez les femmes désireuses de ne plus tomber enceintes, alors que cette tâche n'était autrefois réservée qu'aux médecins » (Scholl et Cothran, 2011, 11). En Éthiopie, les infirmières cliniques sont en mesure « d'évaluer les clients vivant avec le VIH, notamment concernant leurs besoins en PF, et elles sont en outre autorisées à prescrire des ARV et des contraceptifs aux clientes en fonction de leurs besoins et de leur éligibilité clinique » (ibid., 11). Le Programme d'extension des services de soins au niveau rural et le Programme d'extension des services de santé en milieu urbain en Éthiopie recourent à un autre type de délégation des tâches « permettant aux infirmières et aux agents chargés d'étendre la couverture sanitaire de délivrer de la Depo-Provera durant les visites à domicile, » (ibid., 11) réduisant ainsi la charge de soins à dispenser au niveau des établissements. Bien que des études aient permis d'identifier des effets négatifs résultant de la redistribution des compétences, parmi lesquels l'inadéquation des rémunérations, une satisfaction professionnelle moindre et une baisse du moral chez le personnel de santé davantage spécialisé, ainsi que la difficulté à maintenir des normes de qualité dans le cadre de la prestation de services (OMS, 2006), la présente analyse sur l'intégration des services PF/VIH n'a pas permis de trouver de discussions articulées autour de ces sujets.

En partie dans la mesure où les agents de santé communautaires (ASC) sont souvent non-rémunérés et ne suivent pas de formation à long-terme, bon nombre de pays ont placé les ASC au centre de leurs efforts en matière de délégation des compétences. Les ASC peuvent en effet contribuer à accroître la demande et l'utilisation de services PF/VIH dès lors qu'ils sont accompagnés par des mécanismes de formation, de supervision et d'orientation bien conçus. Dans des pays tels que le Malawi, le Rwanda, la Tanzanie, le Zimbabwe, le Kenya, l'Éthiopie et le Ghana, les ASC sont formés de manière à pouvoir dispenser des services de counseling sur la PF et le VIH, orienter les patients et, dans bon nombre de cas, dispenser des produits (Banda et Franco, 2011 ; Nzabonimpa, 2011 ; Banzi et al., 2011 ; Projet d'extension de la prestation de services, 2011 ; Pathfinder International, 2005 ; Scholl et Cothran, 2011 ; Pathfinder International, 2011 ; Population Council, 2001). Ces efforts ont souvent consisté à ajouter des services de soutien en matière de lutte contre le VIH à la charge de travail existante en termes de PF, même si des intégrations bidirectionnelles ont également eu lieu. Des programmes au Zimbabwe, au Kenya, au Malawi et en Éthiopie ont montré que la prestation de services intégrés par les ASC avait contribué à une forte augmentation du nombre de nouvelles clientes en PF (Projet d'extension de la prestation de services, 2011 ; Pathfinder International, 2005 ; Nyirongo, 2011 ; Scholl et Cothran, 2011). Le Projet pour l'extension de la prestation de services (2011) au Zimbabwe a également indiqué que le travail accompli par les ASC avait contribué à l'utilisation accrue des produits contraceptifs et à une plus large orientation des clientes vers les centres de conseils et de dépistage volontaires, ainsi qu'à des changements en termes d'attitudes et de connaissances liées à la PF et au VIH/SIDA.

Dans les endroits où davantage de ressources humaines sont nécessaires, certaines tâches doivent également être déléguées à *des catégories de prestataires nouvellement créées* recevant une formation spécifique fondée sur les compétences (OMS, 2008). En Tanzanie, Pathfinder International a collaboré avec les équipes de gestion

sanitaire des districts et avec le personnel des établissements afin de recruter et de former une catégorie de bénévoles qui, à l'origine, ne dispensait que des services de soins et de dépistage contre le VIH à domicile (Banzi et al., 2011). En raison de la proportion accrue de femmes mariées recourant à des méthodes de contraception moderne entre 2004 et 2010, Pathfinder a revu les compétences de cette catégorie de personnel à la hausse afin d'inclure des services de counseling en matière de contraception et de fécondité, ainsi que la distribution de pilules et de préservatifs. L'ajout de services PF à la charge de travail de cette catégorie de prestataires n'a pas résulté en une baisse de la qualité ni en une réduction du nombre de clients.

Développement des effectifs sanitaires

Que le personnel existant ou de nouveaux agents dispensent des services intégrés, la formation initiale et continue demeure un facteur essentiel de réussite. Dans bon nombre de cas, les agents devant assurer la prestation de services intégrés n'ont pas été suffisamment formés et/ou ne dispensent pas ces services de manière uniforme. Plusieurs études d'intégration ont démontré que des prestataires n'avaient bénéficié d'aucune formation en PF (Nielsen-Bobbit et al., 2011 ; FHI, 2010b) ou que leurs connaissances et leurs compétences dans ce domaine étaient limitées ou datées (Farrell, Nagendi, et Efem, 2011 ; Holt et al., 2011 ; Kennedy et al., 2011). Ce résultat a été confirmé par l'étude que FHI a menée à travers cinq pays et ayant déterminé que deux tiers des prestataires n'avaient pas suivi une formation suffisante, que beaucoup d'agents n'avaient pas connaissance des directives essentielles et que leur conception des méthodes et des diverses recommandations étaient erronées (FHI, 2010a). Même dans le cadre d'un essai d'intervention mené en Afrique du Sud et ayant été conçu de manière à former les agents à la contraception destinée aux femmes séropositives, le contenu de la formation n'a pas eu les effets escomptés en termes de prestation de services (Hoke et al., 2011). Bien que plus de 90% des clientes dans une autre étude menée en Afrique du Sud aient indiqué discuter de l'usage du préservatif avec les prestataires spécialisés dans la lutte contre le VIH, moins de 50% affirment avoir parlé des contraceptifs non-obstructifs (Schwartz, 2011). À l'inverse, Kinagwi et Kibet (2011) suggèrent qu'un des facteurs contribuant à une augmentation de 123% du nombre de nouvelles clientes dans quatre établissements de Kibera au Kenya résidait dans la capacité accrue du personnel à dispenser des services intégrés. En effet, plusieurs études ont démontré que les prestataires préfèrent les soins intégrés pour les infections sexuellement transmissibles et le VIH, la formation à ces domaines leur permettant de parfaire leurs compétences (Fullerton, Fort, et Johal, 2003 ; OMS, 2003 ; Stein, Lewin, et Fairfal, 2008 ; Liambila et al., 2008). L'appui communautaire et les investissements réalisés en matière de formation et de supervision des prestataires ont été identifiés comme des facteurs de réussite pour les services intégrés (Kennedy et al., 2011), et les prestataires ont également exprimé le besoin de suivre davantage de formations sur les questions ayant trait à la PF/SR (Church et Mayhew, 2009 ; Awadhi et al., 2011 ; Church, Simelane, et Mayhew, 2010).

Productivité et performance du personnel de santé

Alors qu'il est fréquent pour les prestataires de soins d'exprimer une certaine inquiétude quant à leur environnement de travail, les risques du métier sont souvent cités comme une source de démotivation dans le contexte de l'intégration des services PF/VIH, affectant ainsi la capacité des prestataires à dispenser des services intégrés et leur volonté d'assurer ces prestations :

Dans les endroits où la prévalence du VIH est élevée, l'impact de la pandémie semble avoir un effet sur les capacités et la motivation du personnel. Les maladies liées au VIH au sein du personnel constituent un autre obstacle à la prestation de services (...), et dans certains pays, la perte de personnel due au VIH/SIDA est considérée comme une contrainte sérieuse à travers l'ensemble du système (...). Qui plus est, au sein des établissements [délivrants des services en santé sexuelle et en santé de la reproduction] avec des services VIH nouvellement intégrés, la crainte d'être exposé au VIH sur le lieu de travail et les attitudes négatives vis-à-vis des clients séropositifs rendent certains prestataires peu enthousiastes à l'idée de dispenser ces services (...) (Church et Mayhew, 2009, 177).

Les prestataires mentionnent fréquemment *les charges de travail élevées* comme un inconvénient à l'intégration des services PF/VIH. Les entretiens avec les prestataires et les responsables programmatiques donnent en effet lieu à des réponses du type « il y a trop de patients et pas suffisamment d'agents de santé » (Scholl et Cothran, 2011, 11). À travers six études axées sur les expériences des prestataires en termes d'intégration, les responsables ont fait part de leurs préoccupations au sujet des charges de travail conséquentes et des effets que celles-ci pouvaient avoir sur la qualité des services (Dudley et Garner, 2011). Le fait d'ajouter des services alors que les cadences de travail sont élevées risque même de « bonder » d'autres services existants (Gouvernement américain, 2012, 8). Les problèmes relatifs à la charge de travail des agents de santé peuvent également aboutir à la perte de personnel.

« Une des infirmières qui nous a quittés se plaignait de cela. Depuis que nous avons commencé à dispenser des traitements antirétroviraux, il y a plus de travail (...). Certaines infirmières ont quitté l'hôpital car elles en avaient assez. »

Prestataire de soins au Swaziland
(Church, Simelane, et Mayhew, 2010)

Au cours d'entretiens menés auprès de 68 établissements sanitaires éthiopiens offrant des services PF/VIH intégrés, Mengistu et al. (2011) ont découvert que les charges de travail saisonnières élevées, en particulier dans les cliniques CDV, et le fort taux de rotation du personnel formé posaient problème. D'après plusieurs études récentes les agents de santé craignent que le fait de dispenser des services intégrés ne prenne trop de temps (Nielsen-Bobbit et al., 2011 ; Kuria, 2011 ; Awadhi et al., 2011), et ne résulte en une fatigue excessive (Church, Simelane, et Mayhew, 2010). Par ailleurs, une étude a indiqué que l'intégration des services PF/VIH n'était pas fortement liée à une productivité accrue de la part des ASC, peut-être car ces ceux-ci ont besoin de passer plus de temps avec chaque cliente qu'avant l'intégration (Creanga et al., 2007). Ainsi, cette étude recommandait d'affecter des ressources supplémentaires dans le but d'augmenter le nombre d'ASC. D'autres travaux de recherche devront être menés pour confirmer ces résultats dans la mesure où ils influencent les efforts entrepris en matière de délégation des tâches.

Comme le soulignent Church et Mayhew (2009, 177), « malgré ces contraintes, quelques études ont répertorié des améliorations et des

réussites programmatiques lorsque l'intégration des services a été appuyée et supervisée de manière adéquate. » Le Projet Integra a lancé un dispositif de *tutorat assuré par les pairs* afin de développer la capacité d'intégration « en favorisant le partage d'informations entre les agents de santé afin d'améliorer la qualité des soins » et « en introduisant des changements dans la prestation de services sans déplacer le personnel de son lieu de travail » (Ndwiga, Warren, et Abuya, 2011, diapositive 4). Parmi les résultats obtenus figuraient un meilleur accès aux contraceptifs hormonaux, une amélioration des connaissances, des compétences et de l'utilisation des méthodes PF à long terme, une gamme élargie de services PF/VIH au sein des établissements spécialisés en planification familiale ou dans la lutte contre le VIH, ainsi qu'une confiance et une motivation accrues. De plus, Ndwiga, Warren, et Abuya (2011, diapositive 12) ont découvert que « le tutorat par les pairs est acceptable et faisable parmi les prestataires œuvrant au premier niveau du système sanitaire. » Néanmoins, Hoke et al. (2011) ont découvert que durant une intervention en Afrique du Sud conçue de manière à coacher les agents de santé sur leur lieu de travail pour appuyer la prestation de services PF et l'orientation des clientes vers ces services, certains prestataires n'avaient pas suivi les consignes données. Néanmoins, plusieurs études recommandent le recours à la supervision formative et la présence d'un tuteur (Gilmer et Baughan, 2010 ; Mengistu et al., 2011 ; Pathfinder International, 2011), auxquels Melaku et al. (2011) ont attribué la réussite des services de counseling et de dépistage initiés par les prestataires dans les unités PF des établissements sanitaires éthiopiens.

Le soutien est également essentiel dès lors qu'il s'agit d'aider les ASC à dispenser efficacement des services PF/VIH intégrés. En Tanzanie, au Zimbabwe et au Kenya, Pathfinder International a encouragé d'anciens ASC à œuvrer comme superviseurs et les a formés pour qu'ils y parviennent (Banzi et al., 2011 ; Projet d'extension de la prestation de services, 2011 ; Pathfinder International, 2005). Des réunions de suivi mensuelles se sont également tenues avec les ASC actuels afin d'échanger des informations, analyser les progrès accomplis et les problèmes rencontrés, et développer des plans d'action. Cette approche a permis de maintenir l'assurance qualité et de gérer la charge de travail des ASC (Projet d'extension de la prestation de services, 2011). En outre, le fait d'avoir mis sur pied *un système efficace d'orientation des clients* reliant les ASC aux établissements sanitaires a été à maintes reprises considéré comme un facteur de réussite essentiel à l'intégration des services PF/VIH (Banzi et al., 2011 ; Projet d'extension de la prestation de services, 2011 ; Pathfinder International, 2005 ; Scholl et Cothran, 2011 ; OMS, 2009).

« Je n'aurais jamais pensé pouvoir former quelqu'un, susciter autant de changement dans notre établissement, et encore moins devenir populaire pour la qualité de mon travail. »

Tuteur
(Ndwiga, Warren, et Abuya, 2011, diapositive 13)

Attitudes des prestataires vis-à-vis des clients

Les attitudes des agents de santé par rapport aux clients peuvent constituer de sérieux défis au processus d'intégration. Les membres

du personnel ne voulant pas engager de discussions ayant trait à la sexualité avec les clients peuvent en effet entraver l'intégration des services (Kennedy et al., 2011). Les prestataires de soins œuvrant à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) et au traitement du VIH ont tendance à mettre en avant l'usage des préservatifs et à négliger d'autres méthodes de contraception (FHI, 2010b ; Schwartz, 2011 ; Mbatia et al., 2011). De plus, certains agents de santé ont des conceptions erronées concernant l'usage approprié d'autres modes de contraception pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) (FHI, 2010a). Certains prestataires pensent que les PVVIH ne doivent pas entretenir de relations sexuelles ou tomber enceintes (FHI, 2010a et 2010b ; Holt et al., 2011 ; Wilcher, 2011 ; Gilmer et Baughan, 2010 ; Agadjanian et Hayford, 2011). Des études dans plusieurs pays africains, notamment en Afrique du Sud et au Mozambique ont démontré que les prestataires de soins croient souvent que les jeunes femmes ne doivent pas avoir de relations sexuelles et par conséquent qu'elles ne doivent pas utiliser de préservatifs ou encore bénéficier de services PF. Certains prestataires pensent également que les jeunes femmes ont de toute manière tendance à ignorer les informations relatives à la PF (Holt et al., 2011 ; Gilmer et Baughan, 2010 ; Agadjanian et Hayford, 2011).

« Si vous n'êtes pas marié, pourquoi donc utiliser un préservatif ? »

Conseiller VIH
(Holt et al., 2011, diapositive 9)

Les attitudes des prestataires n'étant pas liées au comportement sexuel des clients sont également d'une importance significative dans le domaine de l'intégration des services. Agadjanian et Hayford (2011) ont considéré la manière dont les défis socioculturels affectent les relations entre le personnel de santé et les clients au sein des services PF/VIH au sud du Mozambique. Les infirmières trouvaient que leur salaire et leurs avantages sociaux, tels que l'obtention d'un logement adéquat, n'étaient pas proportionnés à l'accroissement de leurs responsabilités résultant du processus d'intégration. Par ailleurs, les infirmières ont généralement poursuivi des études à un niveau plus élevé que leurs clientes, et beaucoup d'entre elles sont issues de zones urbaines. Par conséquent, les stéréotypes négatifs sur les populations rurales « arriérées » persistent : Les clientes issues des zones rurales sont incapables de prendre des décisions optimales en santé de la reproduction et de s'y tenir, notamment en ce qui concerne le choix et l'utilisation de méthodes PF ; les clientes sont complètement sous le contrôle de leur mari ; les femmes séropositives vivant en milieu rural ne révèlent pas leur statut à leur mari par peur de leur réaction ; ou encore les hommes issus des milieux ruraux sont opposés à toute réglementation en matière de fécondité et de recours à la planification familiale. Agadjanian et Hayford ont ainsi recommandé que les politiques soient axées sur l'éducation du personnel afin de favoriser une meilleure compréhension et une sensibilité accrue concernant les obstacles sociaux et culturels auxquels doivent faire face les populations rurales avant de pouvoir accéder à la PF.

Cependant, la compréhension par les prestataires de soins des avantages du processus d'intégration peut contribuer à leur *satisfaction professionnelle*. Les agents de santé interrogés dans le cadre de plusieurs études ont souligné que l'intégration pouvait déboucher sur une plus grande utilisation des services par les clientes et réduire le besoin de revenir pour de multiples visites ou pour être réorientées vers de nouveaux services, ce que les clientes ne font pas forcément une fois qu'elles ont quitté le premier établissement (Nielsen-Bobbit et al., 2011 ; Scholl et Cothran, 2011). Les prestataires de soins au Kenya et au Swaziland ont indiqué qu'en raison de l'efficacité accrue des services, les clientes sont davantage satisfaites, cela se répercutant sur le niveau de satisfaction des agents de santé (Kuria, 2011 ; Scholl et Cothran, 2011 ; Mengistu et al., 2011). En effet, Awadhi et al. (2011) ont découvert que 97% des prestataires interrogés en Tanzanie étaient favorables à l'intégration des services PF/CDV. Church, Simelane, et Mayhew (2010) ont aussi décrit les prestataires comme « enthousiastes par rapport à ce concept et aux bienfaits potentiels résultant de l'intégration [de la santé sexuelle et de la santé de la reproduction] dans les services de lutte contre le VIH. »

Planification participative

L'appropriation des méthodes par le personnel et son implication à travers le processus décisionnel contribuent à une intégration réussie des services (Kennedy et al., 2011). Church et Mayhew (2009, 177) remarquent pour leur part que « l'implication des prestataires et des responsables dans la planification des services accroît la satisfaction et la motivation des prestataires à offrir ces services. » Le fait d'engager un large éventail de parties prenantes aux niveaux national et régional, ainsi qu'à l'échelle des districts et des communautés, notamment des responsables d'organisations, des chefs de file communautaires et des gouvernements, durant la planification et la mise en œuvre du programme d'intégration est largement reconnu comme une étape cruciale de l'intégration des services (Farrell, Nagendi, et Efem, 2011 ; Gitau et al., 2011 ; UNAIDS, 2010 ; OMS, 2009 ; Gouvernement américain, 2012). L'implication des membres de la communauté permet à ces individus de comprendre le but des services PF/VIH et la manière d'y accéder et motive les ASC à maintenir leurs bonnes réputations en dispensant des services de haute qualité (Projet d'extension de la prestation de services, 2011). Durant la planification des programmes d'intégration, le Projet Integra (Ndwiga, Warren, et Abuya, 2011) a tenu des réunions de plaidoyer avec les responsables sanitaires à tous les niveaux pour veiller à leur adhésion dans des domaines tels que les critères de sélection des tuteurs et des personnes bénéficiant du tutorat, les compétences essentielles requises pour l'intégration des services PF/VIH, ainsi que la formation nécessaire, notamment le dépistage et le counseling en matière de VIH et de méthodes PF à long terme. Au Zimbabwe, des réunions de coordination organisées à intervalles réguliers ont permis aux prestataires œuvrant au sein des établissements de s'approprier le processus d'intégration et de travailler plus efficacement avec les ASC (Projet d'extension de la prestation de services, 2011). Comme l'ont découvert les communautés travaillant dans les domaines du développement international, de la santé publique et de l'évaluation des programmes, la participation est d'une importance cruciale afin de pérenniser les projets et leurs bienfaits. Les parties prenantes, et plus précisément les prestataires de soins formels et les agents au niveau communautaire, doivent être impliqués dès le lancement du processus de manière à être investis dans l'intégration réussie des services PF/VIH.

Recommandations

Les nombreux avantages résultant de l'intégration des services PF/VIH ont été démontrés, notamment l'accès accru aux deux types de services, la qualité supérieure des soins, ainsi que l'efficacité et la performance soutenues des programmes (UNAIDS, 2010). Néanmoins, bien que l'intégration des services soit un principe-clé de l'Initiative en faveur de la santé mondiale, son potentiel ne peut être exploité pleinement que si un plus grand nombre de données probantes sont disséminées à grande échelle, non seulement concernant la manière dont l'intégration affecte les prestataires de services et le reste du personnel de santé, mais également sur la meilleure manière d'exploiter les effets positifs et de réduire les conséquences négatives.

Par conséquent, afin d'optimiser les efforts entrepris en termes d'intégration des services, nous recommandons aux responsables de programmes et aux décideurs politiques de prendre en considération les questions-clés ci-dessous durant les phases de planification, de mise en œuvre et d'évaluation :

- Les effets négatifs de la délégation des tâches sur les prestataires de soins ont été répertoriés dans d'autres contextes. *Quel(s) modèle(s) de redistribution des compétences minimiserai(en)t ces effets négatifs dans le contexte de l'intégration de services PF/VIH ?*
- Certains agents de santé ont témoigné un certain enthousiasme à l'idée de parfaire leurs compétences et ont manifesté le désir de bénéficier de sessions de formation, de tutorat et de supervision formative. *Quelles méthodes de formation, de tutorat, de supervision sont les plus efficaces, au cours de la formation initiale ou continue, pour veiller à ce que les prestataires soient capables de dispenser des services intégrés ?* Par exemple, y-a-t-il des méthodes en ligne ou mobiles plus efficaces et/ou plus performantes ?
- Le développement des programmes d'intégration doit prendre en compte les conflits potentiels entre les attitudes des prestataires à l'égard des clients et la prestation de services intégrés souhaitée. *Quelles formations en matière d'intégration sont parvenues à incorporer du contenu sur l'attitude des prestataires à l'égard des clients, et quels facteurs ont contribué à cette réussite ? Quels mécanismes de soutien à la performance, tels que le tutorat clinique ou la supervision formative, ont renforcé les attitudes positives à l'égard des clients durant la prestation de services ?*
- L'intégration des services peut avoir des effets non-souhaités sur le moral des agents de santé et leur satisfaction au travail, qui se répercutent sur leur performance et leur productivité lorsque ces prestataires sentent qu'ils ne sont pas soutenus. *De quelle manière les mécanismes de soutien à la performance, tels que les modes de compensation et de supervision formative, doivent-ils être structurés pour répondre aux besoins des prestataires de soins et les aider à mieux accepter les efforts entrepris en termes d'intégration des services ? Quels enseignements pouvons-nous tirer des mécanismes de soutien offerts aux ASC ?*
- La coordination des efforts entrepris en vue d'intégrer les services en collaboration avec les équipes de gestion peut permettre d'incorporer les commentaires des clients, et par la suite aider à redonner le moral aux prestataires. *Quelles sont les principales caractéristiques des modèles de collaboration aboutis avec les équipes de gestion sanitaire dans les contextes propres à l'intégration des services ? Quel rôle occupent les prestataires, notamment les agents de santé communautaires, dans ces différents modèles ?*

Références

- Agadjanian, Victor, et Sarah R. Hayford. 2011. Institutional and sociocultural constraints on family planning services for HIV-positive women in Mozambique. Document présenté à la conférence internationale sur la planification familiale de 2011, Dakar, Sénégal.
- Awadhi, Bayoum, Beati Mboya, Benedicta Mduma, et al. 2011. Integration of family planning and VCT services: A missed opportunity for enhanced universal access to both of the services in Tanzania. Poster présenté à la Conférence ICASA 2011, Addis Abeba, Éthiopie.
- Banda, Lily, et Ciro Franco. 2011. Task shifting creates opportunities for innovative integration of services. Présenté à la réunion PEPFAR/USAID sur l'intégration des programmes PF/VIH/SMNI, Washington, DC. http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/technical_consultations/fp_hiv_mnch_integration/day_2/3_Ciro_Franco.pdf (consulté le 7 août 2012).
- Banzi, Joseph, Mustafa Kudrati, Damian Laki, et al. 2011. Does integration of multiple services lead to a reduction in client load? Document présenté à la conférence internationale sur la planification familiale de 2011, Dakar, Sénégal.
- Church, Kathryn, et Susannah H. Mayhew. 2009. "Integration of STI and HIV prevention, care, and treatment into family planning services: A review of the literature." *Studies in Family Planning* 40, no. 3: 171-186. <http://archive.k4health.org/system/files/A%20Review%20of%20the%20Literature.pdf> (consulté le 16 avril 2012).
- Church, K., D. Simelane, et S. Mayhew. 2010. Should ART clinics be offering sexual & reproductive health services? Provider perspectives on the integration of sexual & reproductive health with HIV care in Swaziland. Poster présenté à la conférence internationale sur le SIDA de 2010, Vienne, Autriche. Projet Integra. <http://integra.wp.tincan.co.uk/wp-content/uploads/2011/01/Poster-Integrating-SRH-services-into-ART-clinics-in-Swaziland.pdf> (consulté le 16 avril 2012).
- Creanga, Andreea A., Heather M. Bradley, Aklilu Kidanu, Yilma Melkamu, et Amy O. Tsui. 2007. Does the delivery of integrated planning and HIV/AIDS services influence community-based workers' client loads in Ethiopia? *Health Policy and Planning* 22, no. 6: 404-414.
- Dudley, Lilian, et Paul Garner. 2011. "Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7.
- Extending Service Delivery Project. 2011. Integrating HIV services in local family planning: The expanded community-based distribution model and Zimbabwe experience. Best Practice Brief #1. http://www.esdproj.org/site/DocServer/Summary_Brief_Ex-panded_CBD_Integrated_Model-edits-Final.pdf?docID=1621 (consulté le 7 août 2012).
- Family Health International (FHI). 2010a. A five-country study of family planning and HIV integrated services. Research Triangle Park, NC: Family Health International. <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/e302dhdqrdvsonwp27i4evrrfk4sjb5vzevf7mk43e5x-e6hsxtfd3oo7anrsrtmgeks5aqnhkchwhsn/FPHIVassessment.pdf> (consulté le 16 avril 2012).
- Family Health International (FHI). 2010b. Preventing mother-to-child HIV transmission through family planning in maternal and child health services: Kenya, Rwanda, and South Africa. Research Triangle Park, NC: Family Health International. <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/exvr5hkveirr3gbnmng73f3rm7o7ymhdccwmmn-go5vjgsfmsaic2xq7bv7yw6fb7m4rcftxbapa7nyo/FPHIVPMTCT.pdf> (consulté le 16 avril 2012).
- Farrell, Betty Lou, Grace Nagendi, et Iyeme Efem. 2011. Integration: A systems approach for wider application. Document présenté à la conférence internationale sur la planification familiale de 2011, Dakar, Sénégal.
- Fullerton, Judith, Alfredo Fort, et Kulmindar Johal. 2003. "A case/comparison study in the Eastern Region of Ghana on the effects of incorporating selected reproductive health services on family planning services." *Midwifery* 19, no. 1: 17-26.
- Gilmer, Micah, et Brian Baughan. 2010. Making the case for integration: Tides Foundation's Africa Family Planning and HIV Integration Fund. Tides Foundation. <http://www.tides.org/fileadmin/user/pdf/Tides-Africa-Fund-HIV-Making-the-Case-for-Integration-Report.pdf> (consulté le 16 avril 2012).
- Gitau, Margaret, Shiphrah Kuria, Marsden Solomon, Wilson Liambila, et Jennifer Liku. 2011. Taking RH/HIV integration to scale: Experience and lessons from Kenya. Document présenté à la conférence internationale sur la planification familiale de 2011, Dakar, Sénégal.
- Gouvernement américain. 2012. GHI principle paper on integration in the health sector. <http://www.ghi.gov/documents/organization/195596.pdf> (consulté le 7 août 2012).
- Gouvernement américain. 2011. Guidance for Global Health Initiative country strategies: GHI guidance 2.0. <http://www.ghi.gov/documents/organization/165092.pdf> (consulté le 16 avril 2012).

Hoke, Theresa, Tricia Petruney, Jane Harries, Sarah Crede, et Jennifer Moodley. 2011. Family planning/HIV integration success hinges on strength of health system. Lessons learned from an intervention trial: Serving the family planning needs of PMTCT clients in South Africa. Document présenté à la conférence internationale sur la planification familiale de 2011, Dakar, Sénégal.

Holt, Kelsey, Naomi Lince, Adila Hargey, et al. 2011. Assessment of service availability and health care workers' opinions about family planning for young women in Soweto, South Africa. Document présenté à la conférence internationale sur la planification familiale de 2011, Dakar, Sénégal.

Kennedy, Gail, Caitlyn Kennedy, Mary Lou Lindegren, et Debo-rah Brickley. 2011. Systematic review of integration of maternal, neonatal and child health and nutrition, family planning and HIV. Final Report. Washington, DC: Global Health Technical Assistance Project. http://resources.ghtechproject.net/sites/default/files/MNCHN-HIV%20FINAL%2012%2012%2011_0.pdf (consulté le 7 août 2012).

Kinagwi, Koki, et Walter Kibet. 2011. Integration of HIV and AIDS services: The AMREF Kenya experience. Document présenté à la Conférence ICASA 2011, Addis Abeba, Éthiopie.

Kuria, Shiphrah. 2011. Public sector perspectives on FP/HIV integration in Kenya. Document présenté à la conférence internationale sur la planification familiale de 2011, Dakar, Sénégal.

Liambila, Wilson, Ian Askew, Robert Ayisi, et al. 2008. Feasibility, acceptability, effect and cost of integrating counseling and testing for HIV within family planning services in Kenya. FRONTIERS Final Report. Washington, DC: Population Council. http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Kenya_CT_FP.pdf (consulté le 16 avril 2012).

Mbatia, R., G. Antelman, S. Pals, et al. 2011. Unmet need for family planning among PLHIV attending HIV care and treatment services in Kenya, Namibia and Tanzania. Présenté à la réunion PEPFAR/USAID sur l'intégration des programmes PF/VIH/SMNI, Washington DC. http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/technical_consultations/fp_hiv_mnch_integration/day_2/3_Redempta_Mbatia.pdf (consulté le 30 juillet 2012).

Melaku, Zenebe, Tsegaye Awano, Yoseph Gutema, et al. 2011. Successful integration of provider initiated HIV counseling and testing at family planning clinics: Experience from Ethiopia. Document présenté à la Conférence ICASA 2011, Addis Abeba, Éthiopie.

Mengistu, Alemayehu Ayalew, Mengistu Asnake Kibret, et Alden Nouga. 2011. Addressing the missed opportunity in family planning services through FP/HIV integration: The experience of Pathfinder International in Ethiopia. Document présenté à la conférence internationale sur la planification familiale de 2011, Dakar, Sénégal.

Ndwiga, Charity, Charlotte Warren, et Timothy Abuya. 2011. Peer mentoring as a method of capacity building for integrating HIV into FP services: An experience of first line health workers. Document présenté à la conférence internationale sur la planification familiale de 2011, Dakar, Sénégal.

Nielsen-Bobbitt, Jaughna, Nassor Kikumbih, Witness Motta, et al. 2011. Striving toward a one stop shop: Assessing integration of family planning and HIV services in Iringa and Manyara Regions, Tanzania. Document présenté à la conférence internationale sur la planification familiale de 2011, Dakar, Sénégal.

Nyirongo, Mexon, Halida Akhter, et Olive Mtama. 2011. DMPA Initiative in Malawi. Document présenté à la conférence internationale sur la planification familiale de 2011, Dakar, Sénégal.

Nzabonimpa, Anicet. 2011. HIV integration with family planning and reproductive health in Rwanda. Document présenté à la conférence internationale sur la planification familiale de 2011, Dakar, Sénégal.

Organisation mondiale de la santé (OMS). 2003. Antiretroviral therapy in primary health care: Experience of the Khayelitsha Programme in South Africa: Case study. Geneva, Switzerland: World Health Organization. <http://www.who.int/hiv/amds/case8.pdf> (consulté le 16 avril 2012).

Organisation mondiale de la santé (OMS). 2006. Treat, train, retain: The AIDS and health workforce plan. Report on the Consultation on AIDS and Human Resources for Health, Geneva, Switzerland. 11-12 May, 2006. Geneva, Switzerland: Organisation mondiale de la santé. <http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/TTRmeetingreport2.pdf> (consulté le 16 avril 2012).

Organisation mondiale de la santé (OMS). 2008. Task shifting: Rational redistribution of tasks among health workforce teams. Global Recommendations and Guidelines. Geneva, Switzerland: Organisation mondiale de la santé. <http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf> (consulté le 16 avril 2012).

Organisation mondiale de la santé (OMS). 2009. Strategic considerations for strengthening the linkages between family planning and HIV/ AIDS policies, programs, and services. Geneva, Switzerland: Organisation mondiale de la santé. <http://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/FPHIVstrategicConsiderations1.pdf> (consulté le 7 août 2012).

Pathfinder International. 2005. Community-based family planning in Kenya: Meeting new challenges. Nairobi, Kenya: Pathfinder International – Nairobi. <http://www.pathfinder.org/publications-tools/pdfs/Community-Based-Family-Planning-in-Kenya-Meeting-New-Challenges.pdf?x=161&y=13> (consulté le 7 août 2012).

Pathfinder International. 2011. Integrating family planning and HIV in Ethiopia: An analysis of Pathfinder's approach and scale-up. http://www.pathfind.org/site/DocServer/MSI_207427_HIV_in-tegrations_WEB.pdf?docID=19741 (consulté le 16 avril 2012).

Population Council. 2001. Ghana integration: Community workers can communicate STI and HIV/AIDS messages effectively. Frontiers in Reproductive Health: OR Summary 21. Washington, DC: Population Council. <http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/orsummaries/ORSum21.pdf> (consulté le 1er août 2012).

Scholl, Edward, et Daniel Cothran. 2011. Integrating family planning and HIV services: Programs in Kenya and Ethiopia lead the way. AIDSTAR-One Case Study Series. Arlington, VA: AIDSTAR-One. http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR-One_case_study_fp_hiv_integration_0.pdf (consulté le 16 avril 2012).

Schwartz, Sheree. 2011. High unmet need for family planning amongst HIV positive women on antiretroviral therapy in Johannesburg. Document présenté à la conférence internationale sur la planification familiale de 2011, Dakar, Sénégal.

Stein, Joanne, Simon Lewin, et Lara Fairall. 2008. "Hope is the pillar of the universe: Health-care providers' experiences of delivering antiretroviral therapy in primary health-care clinics in the Free State province of South Africa." *Social Science & Medicine* 64, no. 4: 954-964.

UNAIDS. 2010. Thematic segment: Sexual and reproductive health (SRH) services with HIV interventions in practice. Background paper, 26th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, Geneva Switzerland, 22-24 June, 2010. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/SRH_background_paper.pdf (consulté le 16 avril 2012).

Wilcher, Rose. 2011. Improvements and impediments to family planning/HIV integration: A global perspective. Document présenté à la conférence internationale sur la planification familiale de 2011, Dakar, Sénégal.

Traduit de l'anglais par Vincent Ruffin

CapacityPlus
IntraHealth International, Inc.

1776 I Street, NW, Suite 650
Washington, DC 20006
T +1.202.407.9425

6340 Quadrangle Drive
Suite 200
Chapel Hill, NC 27517
T +1.919.313.9100

info@capacityplus.org
www.capacityplus.org

Le partenariat CapacityPlus



Partenaires associés

Centre de recherche sur la population et la santé en Afrique (APHRC)
Alliance de l'Asie-Pacifique en faveur des ressources humaines pour la santé (AAAH)

Centre africain d'études supérieures en gestion (CESAG)
Partners in Population and Development (PPD)